

SARSコロナウイルス抗原検査キット

ラピッドテスト® SARS-CoV-2

数量
限定

8/31まで!

イムノクロマト法で新型コロナウイルス抗原を10分で検出

ラピッドテスト® FLU・NEXT、ラピッドテスト® RSV-アデノ・NEXTと検体希釈液の共用が可能です。

検査料 ▶ SARS-CoV-2抗原定性: **150点**

注文コード: **053-868**

- 製造販売元/積水メディカル株式会社
- 貯蔵方法/2~30℃
- 判定時間/10分
- 検体/鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- 体外診断用医薬品
- 承認番号/30300EZK00050000



SEKISUI

判定時間

10分

1テストあたり

500円 (税抜)

**期間限定
大幅値下げ!**

流行前に賢く準備!

今ならおトクに備えられます!

特別販売価格

5,000円 (税抜)

10テスト入

1箱

通常販売価格

~~7,100~~円 (税抜)

特別販売価格でご提供する製品は、**使用期限が2027年3月**の商品となります。

※弊社が用意した数量が無くなり次第、本企画は終了となります。企画終了後は、通常販売価格の7,100円での提供となります。

※製品の詳細は各メーカーウェブサイトにてご確認ください。

ご注文は裏面のFAX注文用紙にてご注文可能です。

※需要増加の影響でメーカー側の在庫が欠品した場合は、注文受付を中止、注文個数の制限する場合がございますので予めご了承ください。

RSウイルス/SARSコロナウイルス抗原検査キット

ラピッドテスト® RSV&SARS-CoV-2

1回の検査でRSウイルスとSARSコロナウイルスの検出が同時にできます。
ラピッドテスト® FLU&SARS-CoV-2(注文コード:060-225)と検体希釈液が共通使用できます。

検査料 >> SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性: 420点

1テストあたり
990 (税抜)
円

SEKISUI



10テスト入
1箱

注文コード: **060-226**

- 製造販売元/積水メディカル株式会社 • 貯蔵方法/2~30℃
- 判定時間/10分 • 検体/鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
- 体外診断用医薬品 • 承認番号/30400EZX00042000

9,900 (税抜)
円

FAX注文用紙

■ SARSコロナウイルス

| 注文コード | 商品名 | 1箱入数 | 販売価格(税抜) | ご注文の場合は、 注文箱数をご記入ください。 |
|----------------|--|-------|---------------------------------|---------------------------|
| 053-868 | ラピッドテスト® SARS-CoV-2 【使用期限: 2027年3月】 ※ご注文数量が、ご用意した在庫数に達した場合は、 チラシ有効期限前に終了の場合がございます。 | 10テスト | 7,100円 特別価格 5,000円 | 注文箱数 箱 |

■ RSウイルス×SARSコロナウイルス

| 注文コード | 商品名 | 1箱入数 | 販売価格(税抜) | ご注文の場合は、 注文箱数をご記入ください。 |
|----------------|------------------------------------|-------|---------------|---------------------------|
| 060-226 | ラピッドテスト® RSV&SARS-CoV-2 | 10テスト | 9,900円 | 注文箱数 箱 |

※需要増加の影響でメーカー側の在庫が欠品した場合は、注文受付を中止、注文個数の制限する場合がございますので予めご了承ください。

ご注文時の注意点

- ※1回のご注文金額の合計が5,000円(税抜)未満の場合、500円(税抜)の送料をご負担いただきます。
- ※ご注文受付後の返品・キャンセルは出来ませんので予めご了承ください。
- ※夏季期間(6月頃~10月頃)は、クール便での発送となりますので、到着まで3日~4日程お時間を要する場合がございます。
- ※このチラシに掲載している商品は、メーカー在庫状況、ご注文状況によっては発送が遅延する場合がございます。
- ※お荷物の配達日・時間指定は出来ませんので予めご了承ください。
- ※この用紙にご記入頂いた情報は、当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用しません。
- ※この注文用紙は、受注システムの都合上、医療用品カタログ「MEDICAL SUPPLY GoodS」掲載商品との併せてのご注文はできません。

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| ご施設名 | | ご担当者 | |
| ご住所 | | | |
| T E L | () | F A X | () |
| 医院コード | | お申込み日 | 年 月 日 |

MEDICAL SUPPLY
ご注文・お問い合わせは **GoodS** 医療用品カタログ受付窓口まで
ご注文は、カタログ表紙に記載のあるFAX番号までお願いします。